

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1933-1934 - N° 1

Travail de la Maternité de la Charité.

(Service du Docteur TRILLAT)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
TUMEURS MALIGNES DE L'OVAIRE
AU COURS DE LA PUERPÉRALITÉ

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 9 Octobre 1933

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

André PUTHOD

Né, le 6 mai 1902, à Annecy (Haute-Savoie).

Interne-Lauréat des Hôpitaux de Lyon.

(Prix Bouchet de Chirurgie. 1933)



LYON

SOCIÉTÉ ANONYME DE L'IMPRIMERIE A. REY

IMPRIMEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
1933

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
TUMEURS MALIGNES DE L'OVAIRE
AU COURS DE LA PUERPÉRALITÉ

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. L. HUGOUNENQ	DOYEN HONORAIRE
J. LEPINE	DOYEN.
A. MOREL	ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ,
ROCHET, BARRAL, ROLLET.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC
Cliniques chirurgicales	PAVIOT
Clinique obstétricale et Accouchements.	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	VORON
Clinique neurologique et psychiatrique.	BONNET
Clinique des maladies des enfants.	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes.	LEPINE (J.)
Clinique oto-rhino-laryngologique.	MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires.	VILLARD
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	COLLET
Clinique et prophylaxie de la tuberculose.	GAYET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.	NOVÉ-JOSSERAND
Chimie biologique et médicale.	COURMONT (P.)
Chimie organique et Toxicologie.	CLUZET
Matière médicale et Botanique.	FLORENCE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	MOREL
Anatomie	MANCEAU
Histologie	GUIART
Physiologie	LATARJET
Pathologie externe	POLICARD
Pathologie interne	DOYON
Pathologie et Thérapeutiques générales	LERICHE
Anatomie pathologique	FROMENT
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.	FAVRE
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique	ETIENNE MARTIN
Pharmacie et Pharmacologie.	ROCHAIX
Hydrologie thérapeutique et climatologie	SAVY
	LEULIER
	PIERY

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Propédeutique de gynécologie	M. CONDAMIN.
Chargé d'un cours d'anatomie médico-chirurgicale.	THEVENOT (Léon)
Chargé d'un cours d'embryologie	NOEL

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Chirurgie expérimentale	MM. TAVERNIER
Stomatologie.	PONT

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	DUFOURT	DECHAUME	GUILLEMINET
RHENTER	DEVIC	BERNHEIM	MORENAS
MAZEL	GABRIELLE	POLLOSSON	REBATTU (Ch.)
SANTY	MARTIN (Joseph)	CHAMBON	REVOL (Ch.)
CHALIER (André)	ROCHET (Ph.)	CIBERT	SEDALLIAN (Ch.)
CHALIER (Joseph)	WERTHEIMER	EPARVIER	ENSELME (Ch.)
DUMAS	GATE		

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. VORON, *Président*; TRILLAT, *Assesseur*;
MM. RENTHER et EPARVIER, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1933-1934 - N° 1

Travail de la Maternité de la Charité.
(Service du Docteur TRILLAT)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
TUMEURS MALIGNES DE L'OVAIRE
AU COURS DE LA PUERPÉRALITÉ

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 9 Octobre 1933

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

André PUTHOD

Né, le 6 mai 1902, à Annecy (Haute-Savoie).

Interne-Lauréat des Hôpitaux de Lyon.

(Prix Bouchet de Chirurgie, 1933)



LYON

SOCIÉTÉ ANONYME DE L'IMPRIMERIE A. REY

IMPRIMEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
1933



A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

Grâce à lui, ma vie sera facile ;
Je n'aurai qu'à suivre son exemple.

A MES FRÈRES JOSEPH ET JEAN

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR VORON

En hommage de profonde reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous fait d'accepter la présidence de notre thèse. Nous regrettons que l'internat, trop bref, ne nous ait pas permis de passer un semestre dans son service.

A MES JUGES

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ TRILLAT

Il nous a accueilli dans son service avec la plus grande bienveillance, en nous considérant comme son collaborateur et en nous faisant bénéficier de son expérience.

Il nous a confié ce travail en nous guidant de ses conseils.

Nous l'assurons de notre gratitude et de notre dévouement.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ RHENTER

Il nous a engagé à compléter notre formation chirurgicale par l'étude approfondie de l'art des accouchements.

Aussi pour ce conseil, dont nous sentons toute l'importance, sommes-nous heureux de le remercier et de lui exprimer notre respectueux attachement.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ EPARVIER

Nous le prions de trouver ici la marque de notre reconnaissance pour les précieux avis qu'il nous a prodigués, cherchant à nous faire connaître toutes les finesses de l'Obstétrique.

Il nous fait aujourd'hui l'honneur d'être notre juge.

Nous le remercions de tout ce que nous lui devons.

Il est bien certain que j'ai voué à tous mes maîtres hospitaliers une reconnaissance et une affection sincères, mais il est un maître que je ne puis évoquer sans émotion, c'est

MONSIEUR LE DOCTEUR X. DELORE

Chirurgien honoraire des Hôpitaux.

qui, sans figurer sur la liste de mes chefs de service, a contribué pour beaucoup à ma formation professionnelle. J'admire sans réserve sa haute expérience clinique et sa maîtrise opératoire inégalable.

Chez lui, le chirurgien et l'homme sont excellents : c'est ce qui détermine mon enthousiasme.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

EXTERNAT

MONSIEUR LE PROFESSEUR VILLARD

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ COTTE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ TAVERNIER

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CHALIER

MONSIEUR LE PROFESSEUR MOURIQUAND

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ RHENTER

INTERNAT

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DUFOURT

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DEVIC

MONSIEUR LE DOCTEUR DESGOUTTES

MONSIEUR LE DOCTEUR MOLIN

MONSIEUR LE DOCTEUR ALAMARTINE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PATEL

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SANTY

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ TRILLAT

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
TUMEURS MALIGNES DE L'OVAIRE
AU COURS DE LA PUERPÉRALITÉ

INTRODUCTION

Les travaux suscités par l'étude des tumeurs ovariennes en général sont excessivement nombreux, mais ceux qui s'occupent exclusivement des tumeurs malignes de l'ovaire le sont beaucoup moins.

Les auteurs, à propos des tumeurs malignes de l'ovaire, ont orienté leurs recherches vers différents points ; en particulier, ils ont soulevé la question de l'*origine de ces tumeurs* (Thèse CHENOT, Paris, 1911) et les travaux ont été très poussés en ce qui concerne les tumeurs complexes, les tératomes, les épithéliomes.

Une autre face de la question a été bien étudiée, c'est celle des *tumeurs secondaires* et de la tumeur de KRUKENBERG. A côté de ces travaux scientifiques abondants, les études cliniques abordent à peine le sujet qui nous intéresse : la coexistence des tumeurs malignes ovariennes et de la grossesse.

Dans les rapports très documentés présentés aux différents congrès de gynécologie (1) les auteurs, traitant des relations des tumeurs ovariennes et de la grossesse, ont essentiellement envisagé la coexistence des tumeurs *kystiques* et de la puerpéralité.

Les tumeurs solides et les tumeurs malignes ont été englobées dans les statistiques de néo-formations ovariennes sans que l'on ait essayé d'en faire une étude spéciale. La raison tient vraisemblablement à ce fait que, si les kystes coexistant avec la grossesse sont déjà rares, les tumeurs malignes le sont bien davantage.

VANVERTS donne dans sa statistique, comprenant tout ce qu'il a pu retrouver dans la littérature, 1.102 kystes ovariens pour 22 sarcomes, 7 cancers et 15 kystes malins. Cela nous explique pourquoi on ne trouve que peu de publications concernant les rapports des tumeurs malignes de l'ovaire et de la grossesse.

Peu de documents cliniques sont à notre disposition. Les observations publiées, éparses dans la littérature, ne représentent que des faits isolés ne permettant pas, semble-t-il, à l'heure actuelle, un travail d'ensemble, synthétique, sur cette question.

Aussi nous contenterons-nous, dans notre étude, de verser au dossier des tumeurs malignes de l'ovaire deux observations, qui nous fourniront l'occasion

(1) MERIEL, *Tumeurs solides de l'ovaire* (Rapport au Congrès de Toulouse, 1910).

P. PUECH et VANVERTS, *Tumeurs de l'ovaire et grossesse* (Rapport au VII^e Congrès Gyn., Obst. et Pédiatrie, Lille, mars 1913).

d'envisager les différents problèmes posés par la coexistence d'une tumeur maligne et d'un état gravidique, qui nous montreront comment les tumeurs malignes se présentent à l'accoucheur et quelles sont les ressources dont ce dernier dispose au point de vue thérapeutique.

Il est difficile de se faire une idée de la fréquence des tumeurs de l'ovaire coexistant avec la puerpéralité.

Car, dans la plupart des statistiques publiées, on a mélangé les tumeurs malignes, les tumeurs bénignes, les kystes, etc.

Les chiffres sont des plus variables suivant les auteurs.

Pour 10.000 grossesses il y aurait :

3 tumeurs pour NORRIS, 5 pour RIEMANN, 9 pour MAYER, 10 pour WILLE, 28 pour GORIZONTOFF.

Il est certain que ces chiffres sont faussés parce que les auteurs y comprennent souvent les kystes para-ovariens ou tubo-ovariens. KASTENBAUM, sur 102.120 accouchements, a relevé 86 cas de tumeurs des ovaires, ce qui porte la proportion à 8 tumeurs pour 10.000 grossesses.

Nos deux observations correspondent à 15.000 accouchements environ.

CHAPITRE PREMIER

CONSIDÉRATIONS CLINIQUES, DIAGNOSTIQUES, PRONOSTIQUES SUR LES TUMEURS OVARIENNES ÉVOLUANT PENDANT L'ÉTAT PUERPÉRAL

Ce qui intéresse l'accoucheur, c'est de savoir comment, pendant la puerpéralité, les tumeurs malignes de l'ovaire se présenteront à lui de manière à pouvoir les reconnaître, en poser le diagnostic, essayer d'en fixer le pronostic, aussi bien au point de vue maternel que fœtal, et enfin savoir quel meilleur traitement il doit appliquer à ces tumeurs.

Nous allons envisager ces différents points de la question, mais auparavant nous dirons un mot des *tumeurs compliquées* : quel que soit l'âge de la grossesse, elles se révèlent par des manifestations à peu près identiques. Si la tumeur est méconnue, les erreurs les plus variées peuvent être commises, le diagnostic s'égarant vers l'idée d'une grossesse

tubaire rompue, d'une appendicite, d'une occlusion, etc.

Dans cette éventualité, peu importe de savoir exactement à quoi on a affaire, car les signes constatés dictent l'intervention d'urgence et habituellement aucun diagnostic n'est fait, ni celui de tumeur maligne de l'ovaire, ni même celui de grossesse. Mais, dans la plupart des cas, la tumeur ne se signale pas par ses complications, la symptomatologie est beaucoup moins bruyante.

Nous distinguerons divers aspects cliniques suivant la période de gestation considérée.

PENDANT LA GROSSESSE

On peut, schématiquement, distinguer quatre allures cliniques différentes suivant que la tumeur se révèle par les *signes propres* aux tumeurs de l'ovaire, ou qu'elle revêt le type de *maladie de Krukenberg*, ou qu'elle apparaît comme un *kyste dégénéré ou non*, ou qu'elle prend le masque d'une manifestation *obstétricale* (môle, etc.).

1^o Tumeur ovarienne à symptômes classiques.

Nous ne voulons pas insister sur la symptomatologie des tumeurs malignes de l'ovaire qui actuellement est bien connue, et bien décrite, depuis les travaux de TÉDENAT, CHENOT, CONDAMIN, etc.

Les travaux lyonnais (TIXIER et BERTRAND, *in*

Thèse de CADÉOT, 1932) ont bien mis en lumière la multiplicité des formes cliniques : ascitiques, digestives, utérines, urinaires, etc.

Nous n'en retiendrons qu'une, intéressante par les difficultés diagnostiques qu'elle soulève : *la forme simulant la grossesse* où l'on trouve une augmentation progressive du volume du ventre, parfois même une augmentation du volume de l'utérus, quelques vomissements, la disparition des règles ou leurs profondes modifications.

Trois questions se posent : s'agit-il d'une grossesse simple, s'agit-il d'une tumeur maligne de l'ovaire ; s'agit-il enfin d'une tumeur maligne de l'ovaire associée à la grossesse ? Diagnostic souvent insoluble, l'évolution et les examens répétés seuls permettent de se faire une opinion.

Ces cas sont à rapprocher de ceux décrits par FRAENKEL, POLANO, KERMAUNER, où à l'intervention on a trouvé une tumeur maligne de l'ovaire avec un utérus non gravide, mais gros, et qui n'est redevenu normal qu'à la suite d'une intervention sans qu'il y ait eu avortement.

2^o **Maladie de Krukenberg.**

L'aspect de cette si curieuse maladie a été fort bien décrit dans les thèses de METZGER, BARDY, de M^{me} GAUTHIER-VILLARS (Paris, 1927), et celle de ROUSSELIN, inspirée par le Professeur TIXIER (1930). Elle atteint habituellement des multipares.

Sans nous y arrêter plus longuement, nous signa-

lerons qu'elle coexiste assez fréquemment avec une grossesse, puisque SCHMID, en 1924, sur 44 cas de cancer-gastrique associé à la grossesse a trouvé 14 cas de localisation ovarienne.

La grossesse en aggraverait le pronostic (GAUTHIER-VILLARS). SCHMID donne une mortalité maternelle de 100 pour 100 dans l'année, sans préciser s'il s'agit de cas opérés

3^o **Kystes dégénérés.**

C'est très souvent sous ce masque que se présentent les tumeurs malignes de l'ovaire qui évoluent plus ou moins rapidement : évolution fébrile (37^o5 à 38^o5) avec ascite à reproduction rapide et déchéance de l'état général.

4^o Parfois l'aspect est celui d'une **affection obstétricale.**

KERMAUNER rappelle les difficultés qu'il a éprouvées devant une tumeur ovarienne qui pouvait faire penser à une grossesse gémellaire ou à un hydramnios.

PENDANT LE TRAVAIL

Les mêmes considérations peuvent s'appliquer en général, mais, en outre, d'autres erreurs peuvent se rencontrer et des accoucheurs ont signalé (*Traité de STÖCKEL*) qu'autrefois, et surtout pour les tumeurs

pelviennes hautes, on avait pris la tumeur pour une poche des eaux ou une tête fœtale.

KERMAUNER raconte (octobre 1928) l'histoire d'une femme dont le ventre n'avait pas diminué après l'accouchement, chez qui on a émis l'hypothèse d'un deuxième enfant.

KRUGER (1909, *in* Thèse GAUTHIER-VILLARS) a une observation analogue. On a cru à une gémellaire avec dystocie, et l'intervention d'urgence (laparatomie) montra qu'il s'agissait d'une grossesse avec syndrome de Krukenberg.

PENDANT LES SUITES DE COUCHES

En dehors des complications déjà signalées (en particulier les dangers d'infection) les tumeurs malignes de l'ovaire ne donnent pas lieu à des difficultés diagnostiques bien considérables ; mais elles peuvent être méconnues ou se développer très insidieusement comme dans l'observation rapportée par LAURENTIE (Toulouse, 1925) : femme de vingt et un ans, évolution après le deuxième accouchement d'une tumeur ovarienne avec ascite et température. En tout cas, quelle que soit la période de la grossesse pendant laquelle on a posé l'indication opératoire, l'intervention complète ou confirme le diagnostic, et permet de faire parfois un pronostic.

Il est des cas où la malignité de la tumeur ovarienne ne fait pas de doute ; mais souvent il est *très délicat d'apprécier le degré de malignité*, de savoir si les deux ovaires sont pris, si les organes

voisins sont atteints par contiguïté. On cherchera à savoir si la tumeur ovarienne n'est pas *secondaire* (estomac, intestin, voies biliaires). Ce bilan des lésions est des plus importants à faire pour la décision thérapeutique.

Et cependant il n'existe pas de signe absolu pour évaluer de façon précise le pronostic.

POZZI disait : « Malgré des lésions bilatérales et des greffes péritonéales multiples il faut quand même enlever les tumeurs de l'ovaire, car on a souvent la surprise de voir des survies inespérées. »

HARTMANN ajoute : « Certaines tumeurs papillaires, avec greffes péritonéales et ascite, peuvent rester, après ablation de la tumeur principale, guéries ou présenter des récidives tardives. »

SIREDEY déclare : « Chez des malades qui mourront en quelques semaines avec des lésions très diffuses, l'état général se maintient excellent : il y a là une discordance qui rend le pronostic délicat. »

Pour KOVACS on a tantôt l'impression, à l'examen clinique, d'une affection locale et tantôt l'abdomen est envahi par du liquide ascitique. Tous les degrés de malignité peuvent se voir. Les suites opératoires proches et éloignées sont parfois excellentes mais parfois, en quelques semaines, la récurrence apparaît. Ainsi donc :

La clinique est souvent impuissante à porter un pronostic précis.

L'histologie retrouve la même complexité. Les tumeurs malignes de l'ovaire offrent une morphologie des plus variées. On fera plusieurs examens

de tissus pris à différents endroits de la tumeur. Des colorations complexes seront nécessaires pour faire le diagnostic. De plus dans une même tumeur peuvent coexister des types histologiques différents (GRIFFITH et WILLIAMSON).

Dans un ovaire apparemment sain on peut trouver des lésions cancéreuses au microscope.

ROBINSON base le pronostic sur le type histopathologique : le cancer à cellules granuleuses serait le plus bénin. L'adéno-carcinome est moins bénin ; le cancer secondaire est le plus malin.

De même que la clinique, l'étude anatomo-pathologique souvent ne permet pas d'affirmer, à elle seule, la malignité. C'est fréquemment le cas des formes de transition.

EN RÉSUMÉ. — Pendant la grossesse et le travail l'accoucheur se trouve devant des difficultés surtout diagnostiques qu'il devra résoudre pour bien poser l'indication opératoire.

Les difficultés du pronostic que l'on ne peut fixer avec une exactitude même relative font qu'on doit ne pas porter un pronostic systématiquement sombre, étant donné que les opérateurs ont parfois eu des surprises inattendues dans leurs suites opératoires même éloignées.

Aussi bien ne doit-on pas penser seulement à la mère mais également à l'avenir de l'enfant et, pour cette raison, on saura ne pas être trop radical dans les interventions pratiquées au début de la grossesse.

CHAPITRE II

DÉDUCTIONS THÉRAPEUTIQUES

Les tumeurs ovariennes, de même que les simples kystes de l'ovaire (car on peut faire au sujet des unes et des autres beaucoup de considérations communes) peuvent, pendant la grossesse, se révéler par la manifestation de leurs signes propres ou de leurs complications. Mais on sait que, souvent, les tumeurs ovariennes ont un caractère de *latence* ; c'est pourquoi on les recherchera aussi soigneusement que possible non seulement dans les grossesses à marche *anormale* telles que les grossesses douloureuses ou à développement trop rapide du volume du ventre, mais aussi dans les grossesses à évolution *apparemment normale*.

Souvent le diagnostic restera incertain, on dira : « tumeur para-utérine et grossesse » sans pouvoir donner de plus grande précision. Pratiquement la conduite à tenir est analogue à celle que l'on tiendrait en face des kystes, c'est l'intervention, plus formellement indiquée qu'en cas de kyste, qui fera progresser le diagnostic. Il faut donc préciser dans quelles conditions on peut et on doit intervenir.

Le traitement sera envisagé pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches.

En principe, toute tumeur de l'ovaire, maligne ou non — il n'est pas toujours possible d'affirmer la malignité — diagnostiquée au cours de l'état puerpéral doit être extirpée. Cette règle thérapeutique s'appliquera suivant des modalités diverses, selon les circonstances et l'âge de la grossesse.

La tumeur est le siège d'accidents.

La tumeur ovarique présente une complication : torsion du pédicule, rupture ou perforation, suppuration intra-tumorale avec ou sans péritonite. L'indication est formelle, on interviendra d'urgence pour faire une laparatomie et un traitement chirurgical des lésions trouvées. Le diagnostic peut être très *incomplet*. Suivant les cas, on méconnaît ou non la tumeur ovarienne et même la grossesse. Ce sont les signes abdominaux (contracture, douleur, réaction péritonéale) qui imposent l'intervention. Cette complication attire parfois l'attention sur une tumeur méconnue. Habituellement elle entraîne, qu'il y ait opération ou non, l'interruption de la grossesse.

PENDANT LA GROSSESSE

On a diagnostiqué une tumeur ovarienne, diagnostic difficile, surtout si la femme est obèse ; on s'assurera qu'il ne s'agit pas d'une môle hydatiforme ou d'une gémellaire. S'agit-il d'un simple kyste

ovarien ou d'une tumeur maligne ? Même après des examens répétés et la recherche des signes de malignité, il n'est pas toujours possible de le dire. Aussi bien l'essentiel est d'intervenir pour traiter la lésion et faire progresser le diagnostic. On se rappellera cependant qu'à l'intervention des lésions peuvent sembler bénignes et localisées à un seul ovaire alors que l'évolution ultérieure les montre malignes.

On suivra les conseils que donnent pour les kystes ovariens **BRANDES** et **POTVIN** : pendant la gestation, dès qu'on aura découvert une tumeur ovarienne, maligne ou non, on l'opérera, qu'elle soit pelvienne ou abdominale et même si elle ne donne pas de troubles. **POTVIN** (*Soc. Belge d'Obst.*, 1928) estime qu'il faut opérer, dès qu'on le peut, une tumeur trouvée pendant la grossesse, car on ne sait pas si elle est bénigne ou non et il vaut mieux la supprimer avant qu'elle ne donne des complications.

En l'absence d'intervention on s'expose à une série de complications obstétricales (avortement, accouchement prématuré) et chirurgicales (torsion, rupture, accroissement de la tumeur, cachexie cancéreuse).

Peut-on opérer très tôt ou ne vaut-il pas mieux attendre que la grossesse soit plus avancée ? On a prétendu que l'intervention précoce favorisait l'avortement.

KERMAUNER, dans le livre de **STÖCKEL**, 1932, dit que l'opération donne peu de complications, et il signale même qu'une intervention a arrêté une menace d'avortement. Cependant on a rapporté des

cas où l'ovariotomie a été suivie de la disparition d'une grossesse au début (FRAENKEL-POLANO).

MENGÉ a rapporté des cas analogues, mais le diagnostic de grossesse n'était pas sûr. KERMAUNER a vu, au cours d'une intervention pour cancer ovarien, l'utérus gros et mou. Cet utérus, tenu pour gravide en raison de l'absence de règles, est devenu normal quelque temps après l'opération.

Dans ces observations il s'était agi de *pseudo-grossesses* ; l'augmentation de volume de l'utérus doit être rapportée non à une grossesse au début, mais probablement à une modification humorale (il s'agirait peut-être d'une hormone sécrétée par le cancer).

Influence du corps jaune.

Des propriétés protectrices pour l'œuf ont été attribuées au corps jaune et autrefois on craignait que l'ablation de la tumeur, enlevant généralement le corps jaune, n'amenât l'interruption de la grossesse. En fait, si l'on a affaire à une tumeur ovarienne, l'ablation doit être large et on n'a pas à se préoccuper du corps jaune. De plus, les travaux de GROSSE, les publications de ESSEN-MØLLER ont montré que l'ablation du corps jaune n'entraîne pas fatalement l'interruption de la grossesse.

Le corps jaune aurait un rôle qui cesserait vers le deuxième mois environ, aussi il n'est plus à ménager théoriquement après cette date.

Dans un cas de WALDSTEIN, malgré l'ablation

des deux ovaires pour tératome bilatéral, la grossesse a continué son évolution et même ultérieurement les caractères sexuels secondaires ont été conservés.

Pour conclure, dans l'intérêt de la mère et de l'enfant, dont, il faut le reconnaître, les chances de vie sont très compromises, on doit intervenir dès la découverte de la tumeur.

Quelle intervention proposer ?

Pour répondre à cette question il est bon de voir quelles solutions les thérapeutes ont utilisées dans les circonstances devant lesquelles ils se sont trouvés.

Nous ne nous arrêterons pas à l'opinion de CHAPUT et de MARX, qui préconisaient l'interruption de la grossesse pour diminuer la rapidité d'évolution du néoplasme.

Pour certains, au début de la grossesse, la vie de l'enfant n'entre pas en ligne de compte car la mère succombera avant l'accouchement par le fait de la tumeur, aussi conseillent-ils de faire une castration large avec hystérectomie.

LE JEMTEL, plus éclectique, ne pratique l'hystérectomie que si elle rend l'ablation de la tumeur plus aisée.

BROUHA estime qu'en cas de tumeur maligne de l'ovaire il faut enlever l'autre ovaire et la matrice (A propos d'une discussion sur un sarcome ovarien à la Société Belge d'Obstétrique, 7 janvier 1928).

CHEVAL est également partisan de l'ablation des

deux ovaires si on redoute le cancer. Il ajoute que l'examen macroscopique est insuffisant pour déceler des lésions cancéreuses : il faut le secours du microscope.

PFANNENSTIEL, intervenant au cinquième mois de la grossesse pour un sarcome ovarien unilatéral qui s'accompagnait de nodosités du ligament large, sacrifia les deux ovaires (dont l'un était apparemment sain) et l'utérus. La guérison fut complète.

MÉRIEL (Rapport au Congrès de Gynécologie et d'Obstétrique, Toulouse, 1910), très interventionniste, conseille l'opération sans retard. Pour lui l'inopérabilité a des limites plus reculées qu'on ne le pense couramment. Il reste opportuniste quant à l'intervention à pratiquer : castration unilatérale ou utéro-annexielle selon les cas.

Lorsqu'on est obligé de faire l'opération élargie, les résultats éloignés sont bien meilleurs que dans les autres cancers génitaux. Il confirme que, dans de nombreuses observations, l'ovariotomie double n'a pas interrompu la marche de la gestation.

KALTENBACH, au contraire, est pessimiste, et pour lui-même la laparatomie est dangereuse.

MAYER apporte des observations plus encourageantes. Il a fait la simple ablation de la tumeur maligne et a obtenu la continuation de la grossesse et la guérison définitive. Il rappelle le cas de BIRSCHER, (1907), qui enleva un gros fibro-sarcome de l'ovaire au quatrième mois, la grossesse évolua jusqu'au neuvième mois et l'accouchement se fit au forceps. Trois ans après la mère était toujours

bien portante. Malheureusement on peut se demander, en raison de l'absence d'examen histologique, s'il ne s'agissait pas de fibrome simple.

HARTMAN se prononce contre les conservations partielles d'ovaires, en face des tumeurs malignes ou des kystes mucoïdes.

Quels enseignements tirer de toutes ces opinions diverses, de tous ces faits souvent contradictoires ? Cela apparaît, à première vue, assez difficile.

Toutefois une première remarque s'impose : les faits rapportés concernent des interventions pratiquées à des époques très différentes. Les unes sont récentes, les autres très anciennes et il faut en tenir grandement compte car les méthodes chirurgicales ont beaucoup évolué.

De plus, on sait qu'il existe une grande variété de tumeurs ovariennes avec tous les degrés possibles de malignité, et il est bien certain qu'une même règle thérapeutique ne peut s'appliquer sans distinction à tous les cas. Il est regrettable que nous n'ayons pas habituellement d'examen histologique des pièces enlevées, ni de suites éloignées dans les observations, car on se demande si les tumeurs étiquetées « tumeurs malignes » n'étaient pas de simples kystes ou des fibromes.

Enfin il faut ajouter qu'il existe des travaux récents sur les tumeurs malignes de l'ovaire dont on connaît mieux l'évolution (KOVACS, novembre 1931), et on s'en inspirera dans la conduite à tenir.

Ainsi tout paraît obscur dans cette question de thérapeutique ; le résultat obstétrical même est en discussion puisque l'interruption de la grossesse, à peu près inévitable pour les uns, ne serait pas à craindre pour les autres, moyennant certaines précautions.

Nous voudrions tracer une ligne de conduite qui bénéficie de l'expérience des auteurs précédents. Pour cela quelques points sont à préciser : les difficultés rencontrées par le thérapeute sont étroitement liées à celles qu'éprouve le clinicien.

MARTIN et PFANNENSTIEL le comprenaient si bien qu'ils donnaient un avis opportuniste en conseillant d'attendre un certain temps pour suivre les modifications des tumeurs de petit volume.

On ne doit cliniquement se prononcer qu'avec circonspection devant une tumeur ovarienne pour dire quel est son degré de malignité ; et souvent, *même à l'intervention*, on sera aux prises avec des difficultés diagnostiques et pronostiques

Les *adhérences* sont considérées comme un facteur d'aggravation, car elles favorisent la dissémination du néoplasme et compliquent l'opération. Mais l'absence d'adhérences n'est pas forcément un élément favorable de pronostic (HENROTAY, Discussion Société Belge, 1928). L'*ascite* indique plutôt la malignité, mais elle peut se rencontrer dans des kystes à caractère peu malin.

Les kystes végétants volumineux avec ascite posent parfois en chirurgie l'indication d'une hystérectomie.

La question est simplifiée en ce sens pour l'obstétricien qu'il fera l'ablation de ce kyste qu'il soit dégénéré ou non. Il se rappellera en outre que le cancer primitif de l'ovaire existe parfois dans le kyste mucoïde (4 pour 100) et dans le kyste papillaire (15 pour 100) (TÉDENAT, 1924, *Bull. Soc. Gyn. et Obst.*).

Ce n'est qu'après avoir fait le bilan des lésions : examen des deux ovaires, de l'utérus, des ligaments larges, des régions lombo-aortiques, de l'estomac (KRUKENBERG), qu'on pourra avoir une idée sur la malignité de la tumeur et faire une thérapeutique logique.

Cependant malgré les examens les plus attentifs, malgré la plus haute expérience, les tumeurs malignes de l'ovaire ont une variété d'allure clinique et d'évolution telle qu'il est souvent bien difficile de savoir le degré de malignité de la tumeur opérée ; et c'est la raison pour laquelle tant de traitements ont été proposés.

Pratiquement on se comporte différemment suivant son tempérament et l'expérience acquise. L'intervention doit en principe toujours être tentée puisque elle seule montre l'étendue des lésions, l'unilatéralité ou la bilatéralité, la diffusion ; et elle donne des précisions sur la nature des lésions.

Elle sera conduite très prudemment surtout en cas d'adhérences ou d'enclavement de la tumeur, pour éviter si possible l'avortement. On sait d'ailleurs que les manipulations utérines, même traumatisantes, ne s'accompagnent pas forcément d'interruption de

la grossesse. Des auteurs en ont apporté des observations : POLAILLON (ovariotomie bilatérale), WEISSWANGE (ovariotomie laborieuse), etc.

Les *voies d'abord* utilisées peuvent être hautes ou basses :

La *voie abdominale* sera employée, même pour les tumeurs du Douglas, car la visibilité qu'elle donne est bien meilleure que la voie vaginale.

COUVELAIRE l'a préconisée pour les tumeurs pelviennes basses, en 1912, dans les *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*.

La *voie vaginale* conseillée par WALTHER donne des résultats favorables. En 1909 WALTHER a rassemblé 17 cas dont 7 seulement suivis d'avortement. Cependant, si on prévoit des difficultés, la voie haute se recommande, en particulier chaque fois qu'on pense se trouver devant une tumeur maligne.

Les mêmes considérations thérapeutiques s'appliquent aux tumeurs abdominales et aux tumeurs pelviennes.

Choix de l'intervention.

Les lésions ovariennes bilatérales sont justiciables d'une castration bilatérale, puisqu'on sait d'après des observations multiples que la castration bilatérale n'empêche pas la continuation de la grossesse. Si on croit à un simple kyste non dégénéré, l'ovariotomie simple est suffisante, mais devant toute tumeur ovarienne qui n'est pas un kyste banal surgissent les difficultés.

Les tumeurs sont fréquemment bilatérales histologiquement, aussi convient-il, si l'on croit à une tumeur maligne, d'enlever les deux ovaires, en ne respectant que la matrice.—En agissant ainsi on concilie au maximum les intérêts de la mère et de l'enfant (Cf. *supra*, cas de WALDSTEIN). L'ablation des deux ovaires, même si un seul semble atteint et si l'autre est apparemment sain, répond à une opération déjà élargie comme le veut la règle thérapeutique du cancer ; et on pourra attendre l'accouchement spontané ou du moins l'époque où, la viabilité du fœtus étant assurée, l'hystérectomie complémentaire pourra être discutée.

Mais il est des cas où cette castration bilatérale n'apparaît pas comme suffisante car les lésions sont trop étendues. L'opération s'avère trop économique ou bien trop difficile pour pouvoir extirper la tumeur. Or l'on doit toujours tenter l'extirpation en raison des résultats si capricieux de ces opérations qui semblent parfois désespérées. Il faudra alors recourir à la castration totale : l'amputation utéro-annexielle en sacrifiant délibérément un enfant qui, de toutes façons, serait voué à une mort fatale.

1^o Autres moyens.

Les moyens chirurgicaux sont-ils suffisants ou doit-on renforcer l'action chirurgicale par les *agents physiques* ?

KERMAUNER, dans le *Traité* de STÖCKEL, paraît admettre que le mieux est l'opération radicale

suivie d'irradiation, car il estime que les intérêts de l'enfant sont trop gravement compromis par l'existence d'une tumeur ovarienne maligne.

L'étude de F. Kovács (1931), sur les tumeurs malignes de l'ovaire, reflète le même pessimisme vis-à-vis de ces tumeurs sinon dans les formes papillaires des kystes et des adénomes à malignité douteuse, du moins dans les tumeurs malignes affirmées à l'examen histologique : carcinomes, sarcomes et tératomes. Cet auteur pense que les mauvais résultats thérapeutiques sont dus à ce que les tumeurs malignes sont opérées trop tard. Il convient de leur appliquer un traitement énergique avec l'opération la plus large suivie de Roentgenthérapie.

Nous parlerons plus tard de l'action de ce traitement radiothérapique, il en sera de même du traitement par le radium.

Avant de clore ce chapitre sur la radiothérapie, nous voulons insister sur ce point que les rayons X ne peuvent être, en tout cas, qu'un traitement complémentaire et ne doivent jamais être appliqués avant le traitement chirurgical. Car, d'une part, en l'absence de diagnostic précis et certain de tumeur maligne ou de kyste, on n'a pas le droit de faire de la radiothérapie : J.-L. FAURE, SIREDEY, BÉCLÈRE, R. BERNARD ont indiqué les inconvénients de ce traitement : possibilité de transformation de kyste ordinaire en kyste malin, développement d'adhérences... D'autre part, l'irradiation de l'ovaire est néfaste au développement de l'enfant. MURPHY, en 1925, a publié une étude dans *Surgery O. C.*, por-

tant sur 233 enfants venus à terme chez des femmes dont les ovaires avaient été irradiés. Il a noté 37 anomalies de développement : irradiation avant la conception, 10 pour 100 d'enfants anormaux ; irradiation pendant la grossesse, 40 pour 100 d'anormaux.

La conclusion est qu'on ne doit donc pas laisser évoluer une grossesse si l'on a été contraint de faire l'irradiation des ovaires.

2° L'avortement provoqué.

Nous en avons déjà parlé en citant l'opinion de CHAPUT. Ce moyen de traitement a été préconisé dans les cas de grosse tumeur avec troubles de compression.

Deux objections peuvent se formuler contre lui.

D'une part, on connaît la tolérance parfois remarquable, par rapport aux grosses tumeurs, de la grossesse qui peut aller à terme même avec des tumeurs de grande dimension.

D'autre part, il laisse en place la lésion cancéreuse.

3° La ponction des grosses tumeurs.

Ce procédé aveugle, dangereux, exposant à la blessure des organes intra-abdominaux et des vaisseaux dilatés, et à la péritonite, a pu exister autrefois pour certains kystes ; il est à rejeter absolument ici même comme palliatif. Même si on croit avoir affaire à un kyste de l'ovaire, on ne doit pas l'utiliser.

4^o Le refoulement.

Le refoulement n'est à considérer que comme un moyen de se rendre compte des difficultés opératoires. D'ailleurs il ne serait qu'un procédé palliatif puisque pour toute tumeur (même un kyste banal) le traitement opératoire s'impose.

PENDANT LA DEUXIÈME MOITIÉ DE LA GROSSESSE

Il paraît logique d'être interventionniste dans les cinq, six premiers mois de la grossesse pour sauvegarder au maximum les intérêts maternels et fœtaux, mais dans la deuxième moitié de la grossesse la situation change car on se trouve à une époque où le fœtus voit, si l'on peut dire, sa viabilité augmenter de jour en jour. Sa vie prend une importance grandissante et doit être sérieusement prise en considération.

D'autre part, la tumeur ayant évolué ne se trouve pas dans des conditions aussi favorables qu'au début de la grossesse, à l'exérèse. L'intervention sera plus laborieuse, plus dangereuse par conséquent, et elle aura de grandes chances d'être incomplète et d'amener l'interruption de la grossesse.

Sans doute, si on n'intervient pas, les dangers menaçant la mère et l'enfant sont grands, mais on ne peut se dissimuler que, même avec une intervention, la vie de la mère est bien compromise. Aussi doit-on se demander quelle conduite adopter. Il est

très difficile de dire jusqu'à quel point on est utile en suivant telle ou telle ligne de conduite. L'intervention est certainement plus discutée que dans la première phase de la grossesse.

Les auteurs allemands suivent une règle de prudence en cherchant à gagner du temps pour donner au fœtus le maximum de résistance. WACHNER indique que le risque d'interruption de la grossesse augmente avec l'excitation de l'utérus du sixième au septième mois dans 44 pour 100 des cas. Il augmente aussi avec l'extension et la solidité des adhérences.

PFANNENSTIEL et WERTHEIM s'étaient fait la ligne de conduite suivante : tant que la viabilité de l'enfant est encore problématique, il faut repousser l'opération pour attendre que la viabilité soit réelle. Mais si la tumeur est pelviennē il vaut mieux être plus interventionniste.

Ainsi la plupart des auteurs admettent-ils la *temporisation*. On attendra plus ou moins longtemps selon les circonstances : développement de l'enfant, progrès de la tumeur... puis, lorsque l'enfant paraîtra suffisamment résistant, on tentera l'extirpation suivie de *césarienne mutilatrice*. Cette intervention se fera de préférence au voisinage du terme.

PENDANT LE TRAVAIL

Ce qui domine pendant l'accouchement, c'est le point de vue obstétrical. L'objectif est en premier lieu d'avoir un enfant vivant, ensuite on traitera la

tumeur. En réalité les buts, obstétrical et chirurgical, sont étroitement liés. Les difficultés viennent généralement des tumeurs pelviennes qui sont à l'origine des dystocies les plus graves.

En dehors des *indications d'urgence* telles que : menaces de perforation de la tumeur, dangers d'infection aiguë, de déchirure, de rupture, etc., sera-t-on peu interventionniste si l'on n'a pas la main forcée, et l'idéal sera de faire l'opération retardée chaque fois qu'on le pourra. Cependant, si la tumeur faisait obstacle à l'accouchement, l'indication d'intervenir se poserait

Ce ne sont pas les tumeurs abdominales qui exposent aux accidents, ce sont plutôt les tumeurs pelviennes qui occasionnent les difficultés.

D'une façon générale, le principe de BRANDES est à appliquer : essayer de repousser la tumeur gênant l'accouchement (et intervention ultérieure) : en cas d'échec faire la césarienne et l'ovariectomie. Nous distinguerons les tumeurs abdominales et les tumeurs pelviennes.

Les tumeurs abdominales ne donnent pas lieu à des considérations particulières, généralement l'accouchement se fait spontanément. S'il existait une dystocie utérine ou fœtale, on interviendrait par les moyens obstétricaux habituels : forceps, version, dilatation artificielle du col exactement comme s'il n'existait pas de tumeur ovarienne. Le traitement chirurgical complémentaire se ferait ultérieurement.

Pour les tumeurs pelviennes l'obstruction de la

filière génito-pelvienne rend l'intervention habituelle.

Avant tout, la vie du fœtus est gravement menacée : l'effort thérapeutique sera dirigé en vue d'avoir un enfant vivant.

Différents procédés ont été proposés :

1^o **Les manœuvres obstétricales** (forceps, version) employées pour extraire l'enfant malgré la gêne causée par la tumeur appartiennent à l'ancienne obstétrique. Elles apparaissent comme très dangereuses.

Les anciennes publications signalent (MAC KERON) une mortalité maternelle de 50 pour 100 et une mortalité fœtale de près de 100 pour 100.

Sans doute ces chiffres sont trop forts et actuellement, avec les progrès de la thérapeutique, les dangers d'infection étant moindres on aurait des chiffres moins élevés. Il n'en reste pas moins que ces manœuvres constituent de détestables opérations.

2^o **Le refoulement.**

Le refoulement a été une des premières manœuvres conseillées. Nous n'insisterons pas sur sa technique (position à donner à la femme), disons simplement qu'il sera conduit avec prudence en proscrivant les manœuvres de force, aidé de la narcose ; il faut choisir ses cas et ne faire que des refoulements faciles. Le refoulement fait, on pourra attendre

l'accouchement spontané, ou s'aider, l'obstacle étant levé, de manœuvres obstétricales (forceps et version) pour terminer l'accouchement. Il sera bon de savoir que le refoulement expose à des dangers : torsion, déchirure, risques d'infection et de péritonite qui menacent gravement la mère ; d'autre part il est loin d'être toujours couronné de succès. MAC KERON signale 40 pour 100 d'échecs, FEHLING de rares succès. THWAITES-LASTRA a publié un insuccès chez une femme avec grossesse de huit mois et demi. MAYER, contrairement à PFANNENSTIEL, déconseille formellement le refoulement. En tout cas, le traitement chirurgical ultérieur sera nécessaire.

3^o Les interventions chirurgicales.

La *ponction* a été indiquée surtout dans les kystes uniloculaires. Elle peut être intéressante comme premier temps d'une intervention.

MAYER apporté un cas de tératome kystique qui, ponctionné de quelques centimètres cubes seulement, a diminué suffisamment pour ne plus jouer le rôle d'obstacle.

BONDY, par ponction suivie d'aspiration, peut faire un refoulement facile et terminer un accouchement.

LOMER, RUBESKA, font suivre la ponction d'une extirpation.

Une critique s'applique à tous ces cas : la ponction aboutit trop souvent à l'infection et est à l'origine des mauvaises suites observées.

L'*incision par voie vaginale* recommandée par WERTHEIM, PFANNENSTIEL, STAUDE, peut être utilisée si l'on prévoit une intervention facile.

PFANNENSTIEL, en cas de tumeur kystique, évacue le kyste par voie basse pour lever l'obstacle, laisse l'accouchement se dérouler spontanément et termine par l'extirpation par voie haute. Ce procédé ne semble pas recommandable.

La laparatomie.

Apparaît en définitive comme le meilleur procédé à l'heure actuelle. Elle sera facile et peu dangereuse s'il n'y a pas d'infection.

KERMAUNER conseille de pratiquer l'ablation de la tumeur sans ouvrir l'utérus, et, si les parties molles sont suffisamment préparées, de terminer rapidement par un forceps ou une version ou encore de faire l'opération césarienne (cas de SEILHEIM). Si le danger d'infection paraît trop grand ou les lésions trop diffuses, l'hystérectomie serait indiquée. En tout cas le pronostic de ces opérations s'assombrit si l'on a commencé par faire des manœuvres obstétricales préalables.

PENDANT LES SUITES DE COUCHES

La conduite à tenir varie suivant qu'il s'agit de cas compliqués ou de cas ordinaires.

Dans la première éventualité l'intervention s'im-

pose d'urgence, si l'on constate des signes de torsion ou de suppuration.

Si, au contraire, il s'agit d'une tumeur ovarienne non compliquée, il n'est plus nécessaire d'intervenir dès le diagnostic fait ; on laissera l'accouchée se remettre de ses fatigues obstétricales : les Allemands laissent même l'allaitement s'établir avant d'opérer et conseillent, comme moment de choix pour l'intervention, la *fin du premier septenaire*. La voie haute sera utilisée. La voie vaginale est à rejeter en raison du danger d'infection.

Radiothérapie et radium-thérapie.

Pendant la grossesse nous avons vu qu'on ne doit pas tenter le traitement par les agents physiques parce qu'ils ont une influence néfaste sur le développement du fœtus (MURPHY), mais il n'en est pas de même après l'accouchement pour compléter un traitement chirurgical.

LERICHE, dans sa thérapeutique chirurgicale (1926), indique les résultats obtenus par SCHÆFER (1922), qui fait de la roëntgenthérapie profonde post-opératoire : il a soumis à l'action des rayons X 20 malades opérées de cancer ovarien, en dirigeant ceux-ci non seulement sur le bassin mais sur le reste de l'abdomen. Il aurait eu 50 pour 100 d'absence de récidives avec résultats durables (plus de trois ans). Ces résultats sont supérieurs à ceux de la chirurgie seule.

HEYMANN (janvier 1930) est partisan de l'étroite

association de la chirurgie et de la radiothérapie. Les meilleurs résultats dans les cancers de l'ovaire ont été obtenus par la chirurgie associée à la radiothérapie post-opératoire : 65 pour 100 de guérisons — et même 76 pour 100 dans les tumeurs unilatérales. Dans les cas inopérables la radiothérapie apporte parfois une amélioration.

KOVACS conseille de même, outre l'intervention la plus large, un traitement post-opératoire radiothérapique.

Pour les séminomes les avis sont partagés :

Ces tumeurs seraient très sensibles aux rayons (HARTMANN); cependant DE ROUVILLE (dég. 1923), faisant irradier par erreur un séminome, pris pour un fibrome, a constaté que la radiothérapie avait eu une action hypertrophiante sur la tumeur, mais il ne sait pas quelles modifications histologiques ont été apportées à cette dernière.

Les applications de radium ont été encore peu étudiées : GOSSET et WALLON (juillet 1932) ont souligné l'intérêt de ce traitement complémentaire dans les kystes végétants de l'ovaire, à évolution maligne, avec greffes péritonéales.

En résumé, les auteurs sont unanimes à rejeter l'emploi des rayons X dans les kystes de l'ovaire simples (J.-L. FAURE, SIREDEY...).

La plupart d'entre eux conseillent l'utilisation de la radiothérapie post-opératoire.

Seuls de nombreux cas publiés, avec résultats durables et absence de récidives, permettront de

juger cette méthode thérapeutique complémentaire, car, s'il est banal de faire disparaître en quelques mois une tumeur en détruisant les cellules filles, il est beaucoup plus difficile d'atteindre la cellule souche et c'est là ce qui conditionne le pronostic éloigné.

CHAPITRE III

INTER - ACTIONS DE LA GROSSESSE ET DES TUMEURS MALIGNES DE L'OVAIRE

Dans ce chapitre, qui ne peut être qu'ébauché, nous étudierons les influences réciproques qu'exercent les unes sur les autres la grossesse et les tumeurs : beaucoup d'incertitudes règnent encore sur ces relations.

INFLUENCE DE LA TUMEUR SUR LA PUERPÉRALITÉ

Sous ce titre nous grouperons ce que nous savons de l'action des tumeurs évoluant au cours d'un état puerpéral.

Influences des tumeurs sur les fonctions ovariennes.

Il n'est pas douteux qu'une tumeur greffée sur la glande génitale apporte des modifications profondes dans l'organisme maternel. Nous savons que l'ovaire a une vitalité physiologique complexe. C'est un point central d'activité de l'organisme féminin.

Aussi lorsqu'une tumeur se développera aux dépens de ses tissus il en résultera un trouble considérable portant sur ses diverses fonctions.

GAUDIER a noté un exemple de ces perturbations fonctionnelles : il observe, chez une fille de trois ans porteur d'une tumeur ovarienne, l'existence de règles, de seins développés, etc. L'ablation de la tumeur entraîne la régression de ces signes de puberté précoce.

ROBINSON a étudié le trouble d'autres fonctions. Son travail porte sur les cancers primitifs et secondaires de l'ovaire.

Dans le cancer primitif il note une augmentation de la fonction ovarienne ou sa réapparition après un temps plus ou moins long.

Dans le cancer secondaire la fonction ovarienne n'est pas troublée ou diminue progressivement.

Ces différences s'expliquent par l'histopathologie :

Le cancer primitif provient des éléments reproducteurs de l'ovaire. Il y a hyperplasie des cellules avec augmentation de l'hormone ovarienne.

Le cancer secondaire est d'origine extra-ovarienne. Il n'a aucun rapport avec les fonctions de l'ovaire qu'il n'influence pas, ou qu'il fait disparaître à mesure que les éléments reproducteurs de l'ovaire sont détruits.

Modifications humorales.

Depuis longtemps on a cherché à connaître les modifications humorales qui pouvaient exister du fait du développement d'une tumeur ovarienne :

MÉRIEL (1910) se demandait si les examens sanguins (figures hématologiques, réactions hémolytiques) ne seraient pas intéressants à étudier pour le diagnostic de la tumeur ovarienne.

ROBINSON (1930) montre l'intérêt qu'il y a à rechercher la quantité d'hormone ovarienne chez la femme atteinte de cancer de l'ovaire.

LEDERER (1924) constate que le sang des femmes cancéreuses ressemble à celui des femmes en état de gestation.

Deux signes indirects existent fréquemment dans les tumeurs de l'ovaire : c'est la *température* et la *réaction utérine*.

On a signalé la présence habituelle d'un mouvement thermique à 37°5-38°5 dans les tumeurs ovariennes et on l'a attribué à une modification humorale.

D'autre part, il a été noté (FRAENKEL, POLANO) une augmentation de volume de l'utérus qui disparaît après l'ablation de la tumeur. Est-ce qu'il s'agit d'une hormone sécrétée par le cancer ? C'est possible. KERMAUNER le croit.

Influence sur l'utérus.

La présence d'une tumeur ovarienne imprime à la matrice des modifications importantes.

Nous venons de signaler le cas de KERMAUNER qui avait cru, en opérant un cancer ovarien, à la coexistence d'un utérus gravide.

L'*hyperplasie de l'endomètre* se verrait dans les tumeurs dites de la *granulosa* (AHUMADA, *Soc. Obst.*

Gyn. Buenos-Aires, 1928). R. MEYER (novembre 1931) a décrit des utérus à type infantile chez des femmes porteuses de séminomes.

Influence sur la fécondation.

La stérilité relative des femmes atteintes de tumeur de l'ovaire peut s'expliquer par la mauvaise qualité du tissu glandulaire ou par la déviation ou les coudures que la tumeur imprime à l'utérus et aux trompes. Cette fécondation cependant n'apparaît pas comme très troublée puisque M^{me} GAUTHIER-VILLARS écrit que : les femmes atteintes de cancer secondaire des ovaires sont souvent des *multipares*. Or les tumeurs sont généralement *bilatérales*. La bilatéralité des lésions ovariennes n'empêcherait pas la fécondation. SCHMID, en effet, en 1924 a pu retrouver 14 tumeurs ovariennes coexistant avec la gestation. Cela nous amène à une controverse toujours ouverte. Quelle est la date de début de l'évolution tumorale par rapport à la grossesse ? La conception est-elle antérieure à la tumeur ovarienne ou bien le cancer existait-il depuis quelque temps ? On ne sait pas.

MAX TUROLT croit que le cancer ovarien était latent et qu'il a été réveillé par la grossesse.

Influence sur la grossesse.

Pour les auteurs allemands (STÆCKEL) la grossesse n'est pas bien troublée en général, mais il peut se produire une interruption de la gestation : avorte-

ment ou accouchement prématuré (GUIROY et JACOB, *Soc. Obs. Buenos-Ayres*, 10 nov. 1927. Accouchement prématuré à six mois et demi. Kruk-enberg et grossesse). En 1927 la thèse GAUTHIER-VILLARS ne donne que trois cas d'accouchement à terme avec enfant vivant.

Des présentations vicieuses ont été signalées, soit que l'utérus soit dévié ou que la tumeur soit *prævia*.

Influence sur l'enfant.

Nous n'avons pas trouvé dans la littérature de cas où, lorsque la grossesse évoluait jusqu'au terme, l'enfant ait souffert ou ait présenté des malformations. KRUGER toutefois a publié en 1909 une observation de KRUKENBERG avec accouchement spontané à terme d'un enfant macéré. Les influences des tumeurs sur l'accouchement et les suites de couches sont analogues à celles occasionnées par les kystes.

INFLUENCE DE L'ÉTAT GRAVIDIQUE SUR LA TUMEUR

L'évolution de la tumeur est-elle modifiée par la grossesse et en quel sens ? Telle est la question qu'on doit se poser. Là encore se retrouvent les opinions les plus variées.

Beaucoup d'auteurs (VANVERTS, M^{me} GAUTHIER-VILLARS, TIXIER, *in* Thèse ROUSSELIN) se rangent à la conception de PFANNENSTIEL, SPIEGELBERG,

d'après laquelle les tumeurs se développent *rapidement* au cours de la grossesse.

MARTIN, SPENCER WELLS, croient au contraire à l'*inhibition* du développement de la tumeur par la grossesse.

LEDERER, étudiant l'influence de la gestation sur l'évolution et les récides des néo-formations malignes en général (1924), pense que la gestation aggrave le développement des tumeurs malignes, et, si la gestation est conduite jusqu'au bout, la récide peut amener la mort de la femme. Les avortements faits chez des femmes opérées pour des tumeurs malignes ont donné la survie à la mère (cette opinion est à rapprocher de celle de CHAPUT qui conseillait l'avortement dans le but de modifier l'évolution de la tumeur maligne).

LEDERER conseille donc en pratique d'interrompre la gestation, mais son étude concerne plutôt le cancer utérin.

WAGNER, se plaçant au même point de vue, dans un travail récent (mai 1930) analyse le même problème d'après une large statistique personnelle. Il conclut à l'accroissement rapide des tumeurs extra-génitales pendant la grossesse (dont il conseille l'interruption) mais il croit que les cancers génitaux, surtout celui de l'utérus, ne sont pas aggravés par le fait de la grossesse, mais qu'au contraire celle-ci exerce une action inhibitrice.

LAZARESCO et PLATAREANU ont vu se développer rapidement un séminome après un accouchement à terme chez une femme de vingt-quatre ans.

Il paraît donc difficile de conclure. On ne peut affirmer que la grossesse ait une influence décisive dans toutes les tumeurs malignes des ovaires. Il faut croire, d'après les observations publiées, que beaucoup ne subissent pas le coup de fouet accélérateur que l'on observe dans les cancers de l'estomac, du sein.

CHAPITRE IV

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (*inédite.*)

PREMIÈRE PARTIE

(*Due à l'obligeance de M. le Dr TRILLAT.*)

Dystocie par tumeur pelvienne de l'ovaire. — Rétrécissement du bassin. — Césarienne. — Ablation de la tumeur.

Gu. An..., vingt-deux ans.

Entre aux expectantes le 18 février 1931.

Antécédents.

Héréditaires : rien à signaler.

Personnels physiologiques : nourrie au sein maternel, premiers pas vers vingt mois, réglée à douze ans, pas de troubles menstruels.

Obstétricaux.

En 1927, accouchement à terme, très laborieux (Hôpital d'A...), application de forceps. Garçon mort-né, 4 kilos.

Grossesse actuelle.

D. R. : 20 mai 1930.

A. P. : 2 mars 1931 environ.

Gestation bien supportée ; n'a été suivie aux consultations du service qu'à la fin de sa grossesse.

On a noté :

17 février 1931. — D^r LYONNET.

H. U. : 32 ; B. C. + ; pas d'albumine.

Sacro-iliaque droite : siège décomplété mode des fesses amorcé ; arc antérieur de courbure inférieure à la normale ; bourrelet rétro-symphysaire accentué ; on atteint le promontoire à 10,2 ; grosse cicatrice dans le cul-de-sac vaginal gauche.

D^r EPARVIER.

Version ramenant la présentation en O. I. G. : la tête reste très élevée et très antérieure.

Examen du bassin confirmatif : promontoire obstétrical à 10,2. On sent au centre du dôme vaginal une tumeur grosse comme une mandarine, ne semblant pas correspondre à une partie fœtale. Le col est tout à fait rejeté en avant sous la symphyse. Les régions avoisinant le col sont irrégulières.

L'hystérotomie sera vraisemblablement indiquée.

18 février.

Entre au service des expectantes.

19 février 1931. — D^r TRILLAT.

Arc antérieur de courbure moyenne.

Au toucher : parties molles souples, présentation élevée

Grosse masse perçue dans le Douglas du volume

d'une grosse orange. Cette masse paraît avoir un pôle libre dont on fait facilement le tour par le toucher vagino-rectal. Elle est résistante. Il est impossible de la faire passer au-dessus du détroit supérieur. Elle paraît adhérer dans la profondeur au niveau de la partie supérieure du sacrum.

Par le toucher vagino-rectal, l'exploration du D. S. est impossible en arrière, la masse remontant jusqu'au D. S. A ce niveau elle paraît plus résistante, plus dure.

Il est indiqué d'attendre le *début du travail* pour extraire cette masse par voie abdominale.

26 février. — D^{rs} EPARVIER, LYONNET.

O. I. G. ; H. U., 4 : 30 ; B. C. + ; pas d'albumine.

2 mars.

La tumeur *prævia* est plus volumineuse et plus tendue qu'au dernier examen, elle n'a pas ascensionné.

Le bassin paraît canaliculé.

12 mars.

La tête reste toujours mobile.

15 mars.

Les douleurs débutent à 13 h. 30 et la gestante est conduite à la salle de travail. B. C. sont normaux. Température à 37°2.

Intervention.

A 21 h. 30. — D^{rs} TRILLAT, LYONNET.

On décide d'intervenir dès le début du travail, sans attendre l'épreuve des contractions, les membranes n'étant pas rompues.

Anesthésie générale au Kélène-Schleich.

1^o La tête est restée haute, mobile au D. S.

Incision de la paroi, décollement du péritoine viscéral aux ciseaux. Incision basse, trans-segmentaire de l'utérus. Extraction du fœtus, du placenta et fermeture du segment par deux plans de suture.

2^o Après fermeture du péritoine viscéral l'utérus est énucléé en avant, on aperçoit alors dans le Douglas la tumeur parcourue par des vaisseaux superficiels très développés. Cette tumeur plonge dans le petit bassin, elle remplit complètement le Douglas. Sa consistance est demi-élastique. On arrive à l'énucléer totalement et à l'extérioriser, elle ne présente pas d'adhérence sauf un voile péritonéal assez épais qui la relie au côlon sigmoïde. On le sectionne après ligature. Cette tumeur se rattache par son pédicule à la trompe droite. Il est vraisemblable qu'elle soit développée aux dépens de l'ovaire droit : il s'agit probablement d'une tumeur fibreuse. Ablation facile après section du pédicule.

Fermeture de la paroi à trois plans.

Examen de la pièce.

La tumeur mesure 12 cm. $\times$ 12 cm., pèse 350 grammes ; elle est multilobée, présentant 3 à 4 noyaux mal individualisés et quelques bosselures kystiques. A la coupe se retrouve la même disposition avec une partie homogène, dure, et une partie creusée de petites cavités kystiques (voir photo 1, 2).

OBSERVATION I (15 mars 1931).

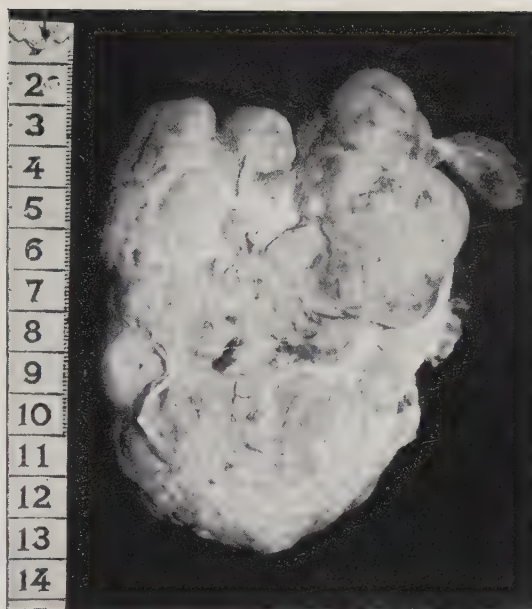


PHOTO 1. — Césarienne suivie de l'extirpation d'une tumeur de l'ovaire droit, à évolution pelvienne.



PHOTO 2. — Même pièce en coupe.

Examen histo-pathologique.

Dr LEVRAT.

Les deux fragments de tumeur examinés montrent qu'il ne s'agit certainement pas d'un fibrome de l'ovaire mais bien d'une *tumeur maligne*. Celle-ci est très atypique, constituée de petites cellules à noyaux volumineux arrondis, à protoplasma très réduit : les mitoses sont très nombreuses. Il s'agit d'une tumeur très atypique qui semble plutôt de nature conjonctive qu'épithéliale, peut-être lympho-sarcome (?)

Des examens complémentaires sont nécessaires pour préciser le diagnostic.

Examen de l'enfant.

Garçon vigoureux, 3.800 / 500. On note un chevauchement des pariétaux sur les frontaux, pas de malformations.

La réaction de Wassermann est négative chez la mère et chez l'enfant.

Examen du bassin.

La radiographie a montré :

Un promonto-pubien minimum de 9 cm. 3 ;

Un transverse médian de 10 cm. 9.

Suites opératoires.

Assez satisfaisantes, subfébriles, avec des oscillations thermiques autour de 38°5.

Pendant les premiers jours, légère réaction péritonéale avec vomissements et ballonnement abdominal.

Petit hématome pariétal suppuré.

Réaction douloureuse des deux fosses iliaques à la fin de la troisième semaine. Lever au 21^e jour.
Au départ, l'état général est assez bon.
L'enfant est au sein maternel. Il s'élève bien.

DEUXIÈME PARTIE

(Due à l'obligeance de M. le Professeur VILLARD).

Volumineux sarcome de l'ovaire droit. Ablation de la tumeur.

G. A..., vingt-trois ans, entre le 7 mars 1932 à Sainte-Thérèse ; était venue à la consultation parce qu'elle présentait une grosse masse abdominale. L'affection actuelle a débuté par une augmentation progressive du volume du ventre. La malade ne s'en est aperçue que depuis deux mois environ, car depuis ce moment l'accroissement s'est fait plus rapidement.

Les règles, qui jusqu'alors étaient normales, n'ont pas eu lieu en février.

En dehors de ces deux symptômes (augmentation du volume du ventre et absence de règles) la malade ne se plaint de rien. A peine parle-t-elle de douleurs, apparues depuis quelques jours, localisées surtout dans le bas-ventre à droite.

Pas de constipation, pas de troubles urinaires.
Tousse un peu depuis quelque temps : quelques râles de bronchite aux poumons. Température normale.

A l'examen.

Grosse masse abdominale remontant jusqu'au creux épigastrique constituée par des bosselures, de consistance fibreuse en certains points, semblant adhérer à la masse intestinale surtout au niveau du pôle supérieur gauche. Omphalique légèrement déplié. Circulation veineuse collatérale.

L'examen du sein ramène un peu de colostrum à la pression, mais depuis le dernier accouchement (mars 1931) la sécrétion lactée n'a jamais complètement disparu.

Toucher. — Professeur VILLARD.

Col utérin en arrière-corps difficile à préciser, paraît indépendant de la masse principale. Très faible transmission par la mobilisation de la partie droite de la tumeur.

Intervention.

19 mars 1932. — Professeur VILLARD.

Anesthésie générale à l'éther.

Longue incision médiane, montant jusqu'au creux épigastrique. Epanchement ascitique hémorragique de 1 litre environ.

Très volumineuse tumeur bourgeonnante de l'ovaire, violacée, adhérente à l'épiploon et à une partie du côlon sigmoïde. Extériorisation et libération assez facile. La tumeur est formée aux dépens de l'ovaire droit. Ablation.

Le péritoine pelvien, y compris les ligaments larges, est tapissé de nombreuses granulations néoplasiques.

D'autres noyaux secondaires existent dans l'épi-

ploon. L'ovaire gauche est sain ; la trompe, atteinte de salpingite résiduale, est oblitérée.

On se contente de l'ablation de la tumeur, car l'hystérectomie n'améliorerait pas le pronostic, étant donné la diffusion des noyaux néoplasiques.

La pièce est constituée par une grosse tumeur de 4 kilos, d'aspect encéphaloïde, avec des masses solides paraissant conjonctives, et d'autres formations kystiques. Nombreuses infiltrations hémorragiques.

Pronostic clinique très grave.

Le 12 avril 1932.

La malade quitte le service, son état général est médiocre. Les suites opératoires ont été fébriles avec des oscillations à 38°5, 39 degrés.

Même le jour du départ la malade n'est pas apyrétique, elle reste à 38 degrés. Elle meurt un mois et demi après sa sortie de l'hôpital.

Dr J. MARTIN.

Examen histo-pathologique.

1^o Tumeur maligne certaine composée de travées conjonctives délimitant des alvéoles imparfaits et à l'intérieur desquels s'entassent, isolés les uns des autres, des éléments cellulaires arrondis, petits, surtout individualisés par leur noyau toujours très rond, avec un réseau chromatinien discret, et un ou deux nucléoles métachromatiques. Les mitoses sont particulièrement nombreuses ; de même, on voit souvent des éléments isolés en voie de nécrobiose. La tumeur est irriguée par des capillaires sanguins cheminant dans les interstices

conjonctifs, mais qui jamais ne sont bordés par les éléments tumoraux eux-mêmes. Tous sont pourvus d'un endothélium très reconnaissable.

Nulle part, on ne voit de dispositions en tubes glanduliformes.

En définitive, devant l'aspect de cette tumeur, on doit conclure à un *sarcome lymphoblastique*.

2^o Examen du ganglion : la texture adénoïde a complètement disparu et le fragment de ganglion se présente avec tous les caractères microscopiques de la tumeur principale.

Cette intéressante observation appelle les remarques suivantes :

La tumeur ovarienne a évolué chez une femme de vingt-deux ans, pendant dix-huit mois environ, avant d'amener l'issue fatale. Au cours de cette longue évolution la malade a mené à terme une *grossesse* et a subi *deux interventions* qui n'ont pas enrayé la marche de la maladie.

La tumeur a poursuivi son évolution sans entraîner de troubles sérieux.

Les *règles* ont presque toujours été normales.

Cette femme, réglée dès l'âge de douze ans, n'a signalé aucun trouble menstruel avant ou après ses grossesses. Ce n'est qu'à une phase assez avancée de la maladie que sa fonction ovarienne est troublée et que survient, en février 1932, un mois avant sa deuxième opération, un arrêt des

règles, qui d'ailleurs a été, pour elle, un signe important puisqu'il a contribué à l'amener au chirurgien.

L'absence de signes fonctionnels a été remarquable.

Pendant la grossesse la gestante n'a été incommodée par aucun trouble. Malgré son premier accouchement, qui fut laborieux (gros enfant avec bassin rétréci), elle n'est pas inquiète pour la terminaison de sa grossesse, elle n'a ressenti aucun malaise notable et elle ne vient à la consultation qu'à la fin de sa gestation.

Cette insidiosité et cette *latence* se retrouvent dans la deuxième partie de l'observation. Les douleurs lombaires n'apparaissent qu'à la phase ultime, au moment où, à l'intervention, on va se heurter à des lésions des plus étendues. Cette discordance entre les signes constatés et les lésions répond bien à ce que disait SIREDEY des tumeurs malignes des ovaires.

La découverte de la tumeur s'est faite sinon par hasard, du moins par l'application de cette règle d'obstétrique qui veut que l'on examine systématiquement le bassin, dès que l'on constate une *anomalie* de présentation (siège, tête mobile, débordante). Ici on a perçu la tumeur et on en a noté l'évolution et l'accroissement ; on a écarté l'hypothèse d'une partie fœtale.

Le diagnostic pouvait être rendu plus délicat par le rétrécissement du bassin, qui suffisait à expliquer la mobilité de la tête.

La tumeur *prævia*, à développement *pelvien*, constituait un obstacle grave à l'accouchement.

Le *refoulement* a conduit à l'échec.

La *première intervention*, faite au début du travail, avant l'ouverture de l'œuf, a été conduite en deux temps : césarienne d'abord puis extériorisation et ablation de la tumeur.

Celle-ci s'est présentée comme un fibrome, sans adhérence, sans ascite, unilatérale : c'est l'examen histologique et l'évolution ultérieure qui ont montré la malignité de la pièce enlevée.

A la *deuxième intervention*, pratiquée un an plus tard, les signes de malignité sont évidents : ascite hémorragique, température, adhérence à l'épiploon, granulations néoplasiques diffuses.

Les *examens histologiques* sont des plus instructifs :

Dès le début, la malignité est affirmée, mais plusieurs examens avec des colorations complexes ont été nécessaires pour préciser le type de cette tumeur.

A la phase terminale les modifications tumorales permettent une réponse catégorique d'emblée : tumeur maligne, sarcome lympho-blastique.

Au point de vue *thérapeutique*, l'indication d'hystérotomie à faire dès le début du travail a été posée pendant la grossesse.

A la première intervention on a cru avoir affaire à une tumeur bénigne de l'ovaire, unilatérale et on s'est contenté de faire suivre la césarienne

d'une opération aussi peu mutilante que possible : l'ablation des annexes droites. Rien ne pouvait faire croire à une lésion maligne.

A la deuxième intervention, seule l'opération à *minima* a pu être tentée. Il ne pouvait être question de faire plus (hystérectomie) étant donné la gravité de l'état de la malade, ni de faire de la radiothérapie.

La tumeur n'a pas troublé la gestation : pas d'avortement antérieur, et la grossesse a été conduite jusqu'au terme, sans incident.

L'enfant, un garçon vigoureux de 3 kgr. 800, était parfaitement normal et sans tare.

Quelle a été l'action de la grossesse sur la tumeur ?

On ne peut préciser la date d'apparition de la première tumeur puisque la malade l'ignorait à la première visite.

La tumeur semble avoir augmenté de volume pendant les trois dernières semaines de la gestation. L'ablation faite, on ne constate de signe de récurrence que neuf à dix mois après : on ne peut donc conclure que l'état gravidique ait donné un coup de fouet à la tumeur, qui s'est développée à peu près comme les tumeurs malignes de l'ovaire en dehors de la gestation.

OBSERVATION II (*inédite*).

(*Due à l'obligeance de M. le Dr TRILLAT*).

Tumeur kystique de l'ovaire à caractères malins, à évolution abdominale. — Accouchement spontané à huit mois un tiers. — Ablation dans la période des suites de couches.

C..., née Go..., vingt-sept ans.

Entre à la Maternité, directement à la salle de travail, le 9 janvier 1932.

Antécédents.

Héréditaires : rien à signaler.

Personnels : pas de maladies dans l'enfance.

Physiologiques : allaitement maternel, premiers pas à onze mois.

Réglée à quatorze ans, pas de troubles menstruels.

Obstétricaux.

Pas d'avortement.

Trois grossesses en 1924, 1925, 1927, menées jusqu'au terme avec accouchements spontanés et donnant trois enfants vivants.

Grossesse actuelle.

Dernières règles le 20 avril 1931 ; accouchement probable le 30 janvier ; gestation bien supportée. Après le troisième accouchement, en 1927, le ventre a augmenté progressivement de volume, mais la malade n'a ressenti aucun trouble fonc-

tionnel ni avant, ni pendant sa quatrième gestation. Une *radiographie* a été faite pendant la grossesse, car on pensait à une gémellaire.

A l'arrivée dans le service, on note :

Utérus médian, H. U. : 38. La paroi est tendue, résistante.

Présentation du sommet en O. I. G. A. ; tête fixée ; B. C. +.

Disque d'albumine.

L'accouchement se fait spontanément, le 9 janvier 1932 à 10 heures du matin : la rupture des membranes s'est effectuée spontanément à dilatation complète. Durée de la dilatation : sept heures.

Dégagement normal en O. P.

Pas d'incident pendant le travail, il s'est écoulé beaucoup de liquide amniotique. Délivrance normale.

L'enfant est bien constituée : fille 2.800/600, vivante.

Le *lendemain de l'accouchement* on est surpris de trouver que le ventre reste gros, distendu (voir photo 3).

Distance xypho-pubienne : 52 cm.

Distance ombilico-pubienne : 25 cm.

Circonférence ombilicale : 114 cm.

La distension abdominale n'est pas uniforme.

On distingue deux tuméfactions : l'une inférieure remontant à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic, l'autre supérieure paraissant correspondre à la région hépatique.

OBSERVATION II.



PHOTO 3. — Femme porteur d'une volumineuse tumeur de l'ovaire, le lendemain de son accouchement.



PHOTO 4. — Tumeur de l'ovaire à évolution abdominale extirpée pendant les suites de couches.

Leur consistance est nettement différente : l'inférieure est souple, on y sent du flot et de la fluctuation ; la supérieure est résistante, de consistance plus dure ; en certains points il y a du ramollissement, en d'autres, sur la ligne médiane où la tumeur est plus saillante, on a une sensation de fluctuation.

Le flanc gauche est mat jusqu'au niveau de l'épine iliaque.

Le flanc droit est sonore partout.

Le Dr TRILLAT fait le diagnostic de tumeur kystique de l'ovaire.

En outre la malade se plaint de souffrir dans la région hépatique. On ne trouve pas de signes d'insuffisance hépatique (ni ictère, ni troubles digestifs), mais sous le rebord costal droit existe un point douloureux avec impression de froissement profond et perception d'une masse dure, résistante.

Les *suites de couches* ne sont pas satisfaisantes.

Les jours suivants la température persiste autour de 38 degrés avec de temps en temps des poussées fébriles à 39 degrés. L'albuminurie ne disparaît que le quatrième jour. L'état général reste médiocre.

Vers le 20 janvier apparaît un foyer de *congestion* à la base droite avec point de côté, submatité, quelques râles sous-crépitaux dans l'aisselle. On fait alors passer la malade à l'infirmerie.

Avec le repos la température se régularise. Le 4 février, on se décide à intervenir.

Intervention.

D^{rs} TRILLAT, MICHON.

Anesthésie générale à l'éther.

On commence par une petite incision sous-ombilicale pour aborder la tumeur kystique que l'on ponctionne avec un gros trocart. On laisse s'écouler en dix minutes 10 litres d'un liquide épais (consistance et couleur du tapioca). Un litre environ s'est perdu en bavant dans l'incision et tombant dans le péritoine.

Puis on aborde la deuxième poche supérieure, qui est aussi volumineuse que la première et qui va jusqu'à la coupole diaphragmatique, en refoulant le foie, et dans les régions lombaires droite et gauche.

La ponction est impossible en raison de l'état multiloculaire et du contenu gélatineux. Agrandissement de l'incision à la partie supérieure.

Libération facile des adhérences qui sont lâches : les seules importantes sont des adhérences épiploïques qui coiffent le pôle supérieur.

Il s'agit d'une tumeur kystique de l'ovaire gauche, à pédicule mince. Ligature facile. L'ovaire droit est sain.

Examen de la pièce.

(Voir photo 4).

Poids de la poche supérieure : 4 kgr. 500.

Poids total approximatif : 16 à 17 kilos.

La tumeur est constituée de deux parties : une partie inférieure, kystique, dont le contenu s'est

vidé au cours de l'intervention ; et une partie supérieure moitié solide, moitié creusée de cavités multiloculaires. A la surface de la tumeur apparaissent des végétations exubérantes et de gros bourgeons qui ont crevé les enveloppes de la masse tumorale.

Les prélèvements ont montré :

1^o A l'*examen cytologique*, des polynucléaires en état de dégénérescence hyoïde, quelques cellules de tissu lymphoïde.

2^o A l'*examen bactériologique* :

Pas de microbes à l'examen direct.

Les cellules sont restées stériles.

3^o A l'*examen histo-pathologique* :

Première réponse. — La paroi de la tumeur ovarienne examinée est constituée par un tissu fibreux à la surface duquel se trouve un revêtement épithélial de cellules cylindriques ayant en certains points un aspect papillaire.

Deuxième réponse. — Tumeur constituée par un stroma ovarien normal dans lequel se creuse une série de microkystes de toutes formes et de toutes dimensions comportant une lumière centrale vide ou remplie d'un produit granuleux dans lequel se voient, çà et là, quelques cellules desquamées en dégénérescence graisseuse.

Ces kystes sont bordés par une rangée épithéliale de cellules hautes, non caliciformes, parfois avec des cils vibratiles à leur pôle apical, cellules ne présentant pas de caractères anarchiques et toutes au repos.

Nulle part il n'y a émigration de cellules isolées. De larges zones sont entièrement nécrobiosées.

Il s'agit d'une tumeur kystique, vraisemblablement wolffienne, qui ne présente pas de caractères histologiques d'une grande malignité.

Les suites opératoires.

N'ont pas été satisfaisantes.

Dès le soir, la température monte à 39°5 pour passer le lendemain à 39°7 et 40°4, le pouls est à 140.

Peu de signes abdominaux : ventre souple, non douloureux, pas de vomissements mais les gaz ne passent pas.

Dans la nuit du 5 au 6 on constate des signes de défaillance : les extrémités se refroidissent et se cyanosent. Pouls à 160 ; température à 41°5.

La malade est emmenée chez elle. Décès le 6 février 1932.

Nous ajouterons à cette observation quelques lignes de commentaire.

La tumeur kystique a évolué chez une femme de vingt-sept ans, qui avait toujours eu une excellente santé. Les *règles* n'ont jamais été troublées.

Pendant la grossesse, la gestante malgré le gros développement du volume de son abdomen n'a pas été sérieusement gênée : elle ne présentait ni varices, ni œdèmes et n'était pas dyspnéique. Sa grossesse a été conduite jusqu'à 8 mois 1/3

alors que dans les gestations précédentes elle avait accouché trois fois à terme.

Il n'y a pas eu d'avortement antérieur.

La tumeur a donc évolué sans causer le moindre trouble obstétrical (à part la légère avance de la date de l'accouchement), sans donner lieu au moindre symptôme. On peut se demander depuis quand elle évoluait puisque la malade signale une augmentation du volume du ventre, très progressive depuis le dernier accouchement remontant à cinq ans. Il est possible que cela corresponde au début de l'évolution tumorale.

En tout cas, la tumeur n'a *pas troublé les fonctions ovariennes*, n'a pas été cause d'avortement, et n'a pas empêché la fécondation ; elle a eu donc une influence des plus minimes sur les fonctions génitales et sur l'évolution de la grossesse.

Cette femme a été peu suivie pendant sa grossesse et le diagnostic de tumeur, kystique ou non, n'a pas été porté ; au cours de la gestation, cependant, elle était venue à la consultation où, pensant à une *gémellaire*, on avait pris un cliché radiographique qui s'était montré négatif.

L'accouchement, malgré cette énorme tumeur abdominale, s'est effectué *normalement*, sans incident, de même que la délivrance.

Au moment de l'accouchement la tumeur fut *méconnue* parce qu'il s'agissait d'une femme à grosse paroi résistante, tendue, difficile à palper, et parce que l'accouchement s'est fait spontanément, sans être gêné, même légèrement.

Ce n'est qu'au moment des suites de couches que le diagnostic est porté de tumeur kystique de l'ovaire.

L'indication opératoire était la conséquence de ce diagnostic : mais on *pouvait attendre* puisque n'existait aucun signe nécessitant l'intervention d'urgence et que, d'ailleurs, le diagnostic de malignité n'était pas affirmé.

On a donc attendu que la malade se remette, pour n'intervenir qu'à la troisième semaine.

L'intervention a montré une tumeur *bourgeonnante, ayant dépassé les limites de ses enveloppes*, avec adhérences de voisinage, surtout épiploïques. La lésion est unilatérale, ne s'accompagne pas d'ascite, ni de diffusion de végétations sur les organes voisins.

A ces signes il faut ajouter la *déchéance de l'état général* et la fièvre autour de 38 degrés.

L'examen histologique ne permet pas à lui seul d'affirmer le caractère malin de la tumeur : il s'agit de ces *formes de transition* et les signes histologiques de grande malignité ne sont pas encore apparus. Mais, de l'avis du Dr J.-F. MARTIN, ces formes sont à ranger dans les tumeurs malignes, ou du moins dans les formes de transition étant donné l'allure clinique (évolution fébrile, bourgeons perforant les capsules, adhérences...).

CONCLUSIONS

I. Les tumeurs malignes de l'ovaire apparaissent cliniquement comme très rares en dehors de la gestation.

Pendant la puerpéralité, elles sont exceptionnelles : les lésions ovariennes qu'elles entraînent sont peu favorables à la fécondation.

Leur caractère de latence les font échapper au diagnostic.

II. Les formes anatomiques sont très variées : sarcomes, épithéliomes, tumeurs de Krukenberg, kystes végétants, papillaires malins, séminomes, etc.

III. Les symptômes cliniques sont ceux d'une tumeur ovarienne sans qu'il soit toujours possible d'en établir la malignité.

IV. La gestation peut évoluer jusqu'à terme malgré les grandes dimensions de la tumeur : mais elle est souvent interrompue par des causes locales ou générales.

Quand la grossesse va à terme, le développement de l'enfant est normal.

V. L'accouchement est habituellement spontané quand la tumeur est abdominale, et dystocique quand la tumeur est pelvienne.

VI. Les tumeurs malignes de l'ovaire ne paraissent pas subir, après l'accouchement, le coup de fouet accélérateur que l'on observe dans les cancers de l'estomac ou les cancers du sein.

VII. L'extirpation des tumeurs malignes de l'ovaire s'impose dès qu'elles sont diagnostiquées.

Pendant la gestation, les indications opératoires sont plus formelles que pour les kystes de l'ovaire.

L'ablation systématique des deux ovaires avec conservation de l'utérus est la conduite qui paraît la meilleure.

Après l'accouchement le traitement sera plus radical. L'hystérectomie, complétée ou non par la radiothérapie ou des applications de radium, sera indiquée.

Vu :

Vu :
LE DOYEN,
J. LÉPINE.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
VORON.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 23 septembre 1933.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
A. LIRONDELLE.

BIBLIOGRAPHIE

- ADDESSI. — La muqueuse utérine dans les tumeurs de l'ovaire (*Rivista ital. di Gin.*, février 1931, vol. XII, f. 1, p. 1).
- ARMYTAGE GREEN. — A solid malignant tumor of the ovary in a girl of 15 years old associated with pregnancy (*Journal of Obst. & Gyn. of the Brit. Emp.*, vol. XXXII, n° 3, p. 553).
- BADIE ISMAIL. — Über primäres ovarialcarcinom und Gaairdität (*Munch. Dissert.*, 1928).
- BARRET. — Ovarian tumors complicating pregnancy delivery at the puerperium (*Surg. Gyn. and Obst.*, vol. XVI, p. 28).
- BEACH. — The management of ovarian tumors complicating pregnancy labor at the puerperium (*Am. Journal of obst.*, 1916, vol. LXXIII, p. 1029).
- BIRCHER (Eugène). — Sarcomes de l'ovaire pendant la grossesse (*Zent. für Gynäk.*, 1907, vol. XXXI, n° 31, p. 1378).
- BISCHOFF. — Über Komplikation der gravidität mit ovarialtumoren (*Halle A.*, S. 1891).
- BJORKENHEIM. — Geburt Kompliziert durch einen ovarialtumor (*Zent. für Gynäk.*, 1921, vol. XLV, n° 51, p. 1838-41).
- BONDY (O.). — Tumeur ovarienne faisant obstacle à l'accouchement (*Monat. Geburtch.*, 1912, pp. 36-260).
- BRANDESS. — Complications de la gestation, de l'accouchement, des suites de couches par les tumeurs ovariennes (*Oberrheinische Gesell. für Gyn. Obst.*, 2 mars 1924, Baden-Baden, C. R. in *Zent. für Gynäk.*, 13 sept. 1924, n° 37, p. 2038).

- BRAUN FERNWALD. — Zur Kasuistik der Komplikation von Schwangerschaft durch einen ovarialtumor (*Monat. für Geb. und Gyn.*, vol. IX, f. 4, p. 443).
- BROADHEAD. — Sarcoma ovarii als Komplikation des Wochenbettes (*Med. Rec.*, 1916, vol. LXXXIX, p. 650).
- BUBEN. — Die genitalen tumoren in der Schwangerschaft und deren Behandlung (*Zent. für Gynäk*, 1926, vol. L, n° 13, p. 816).
- BUDIN. — Grossesse compliquée de tumeur (*Lec. de Clin. Obst.*, Paris, 1889).
- BURSINSKI. — Ovariectomie während der Schwangerschaft wegen eines Krukenbergschen tumors mit nach folgendem Kaiserschnitt wegen metastase dieser Geschwuest in der Gebärmutter (*Jahresber*, 1907, v. XXI, p. 545).
- CLEMENZ (Ed.). — Interventions au cours de la grossesse et de l'accouchement sur les tumeurs qui viennent les compliquer (*Arch. Gynäk*, 1909, pp. 89-245).
- CHAVANNAZ. — Grossesse avec kyste dermoïde des deux ovaires, dégénérescence épithéliomateuse d'un des kystes. Ovariectomie double (*Journal de Méd. de Bordeaux*, février 1906, p. 133).
- Congrès d'Obstétrique et Pédiatrie, Lille 1913 (*Revue Gyn. et Chir.*, 1913, v. XX) : DE FOURMESTRAUX ; J.-L. FAURE ; HENROTAY ; JAYLE ; IOKELMANN ; LE NOUËNE ; PINARD ; PUECH-VAUVERTS ; WALTER.
- COUDERT. — Les grossesses compliquées de tumeurs solides de l'ovaire (*Thèse*, Paris, 1904).
- COUVELAIRE. — Ablation par voie abdominale des tumeurs ovariennes pelviennes à la fin de la grossesse et pendant le travail sans section césarienne préalable (*Ann. de Gyn. et Obst.*, 1912, vol. IX, p. 277).
- DANFORTH. — Ovarian tumours in pregnancy, With report of a case with a solid tumour (*Surg. Gyn. and Obst.*, 1915, vol. XX, n° 3, p. 319).

- DE CANDIA. — Gestation et tumeur de l'ovaire (*Clinica Obstetrica*, sept. 1924, n° 9, p. 365).
- GOLDBERGER. — Ovarial carcinom bei gleichzeitiger Tuben-gravidität (*Zent. für Gyn.*, 1928, v. LII, n° 5, p. 294); (*C. R. Gyn. et Obst.*, 1929, p. 329).
- GORDES. — Pregnancy complicated by tumors (*Ann. Journal of the Med. Sc.*, 1891, p. 100).
- HENROTIN. — Large sarcoma of ovary as a complication of pregnancy (*Ann. Journ. of Obst.*, 1903, n° 2, p. 227).
- HORRIDGE (A.). — *Des tumeurs de l'ovaire comme complication obstétricale* (Paris, 1925, chez Legrand).
- JACOBSON. — Adeno-carcinoma dell'ovario come ostacolo al parto (*Med. Rec.*, v. XXXIV, p. 178).
- JUNG. — Über die Komplikation der Gravidität mit ovarial-tumoren (*Inaug. Dissert.*, Würzburg, 1904).
- KAMNIKER. — Carcinome de l'ovaire comme obstacle à l'accouchement (*Gynäk. Ges. Wien*, 13 nov. 1928; *Zent. für Gynäk.*, 1929, 1133, v. XCV, p. 157).
- KERR. — Ovarialtumoren als komplikationen der Gravidität, der Geburt u. der Wochenbettes (*Zent. für Gynäk.*, 1908, n° 35, p. 1160).
- KERRON (Mc.). — Pregnancy labour, a childbed with ovarian tumour (*London Rebmann*, 1903).
- KLEINSCHMIDT. — Ovarialtumoren u. Schwangerschaft (*Dissert.* Göttingen, 1919).
- KRATOCHVIL. — Zur therapie der Ovarialtumoren während der Gravidität u. Geburt (*Zent. für Gynäk.*, 1913, vol. XXXVII, p. 1610).
- KUBINYI. — Teratoma ovarii neben Gravidität. Laparotomie (*Zent. für Gynäk.*, 1914, n° 22, p. 810).
- KUSUDA. — Statistischer und pathologisch, anatomischer Beitrag zur Kenntnis der Ovarialtumoren (*Arch. für Gyn.*, 1925, vol. CXXIV, p. 669).

- LAHMANN. — Ovarialtumoren als Geburts hinderniss (*Inaug. Dissert.*, Munchen, 1917).
- LEDERER. — Influence de la gestation sur l'évolution et les récidives des néoformations malignes (*Zent. für Gynäk.*, juin 1924, n° 24, p. 1289).
- LEHMANN. — Papilläres Kystom des linken, Papillom des rechten Eierstockes Miomata uteri, Gravidität (*Zent. für Gynäk.*, 1910, n° 40, p. 1300).
- LEVY. — Dystocie par tumeur ovarique praevia, ovariectomie abdominale et accouchement par les voies naturelles (*Ann. de Gyn. et Obst.*, 1913, p. 660).
- LOMER. — Über Complication der Geburt durch Ovarientumor (*Arch. für Gyn.*, vol. XIX, p. 301).
- LUDWIG. — Kombination von Gravidität mit tumoren (*Zent. für Gynäk.*, 1899, n° 15, p. 430).
- MASSART. — Grossesse de deux mois développée chez une malade présentant deux kystes bilatéraux et dégénérés de l'ovaire (*Presse Médicale*, n° 19, 1920).
- MARSHALL. — Ovarian tumour complicating pregnancy labour a. puerperium with notes of light recent cases, a. special reference to treatment (*Journal of Obst. and Gyn. of the Brit. Empire*, 1910, t. II, p. 81).
- MERIEL. — *Les Tumeurs solides de l'ovaire* (Rapport au Congrès de Gynécologie de Toulouse, 1910).
- NORRIS. — Tumeurs ovariennes au cours de la grossesse et de l'accouchement (*Americ. Journ. Obst.*, 1913, 68, 420).
- PORTER (W.-D.). — Tumeurs ovariennes compliquant la grossesse et le travail (*Journ. Méd. British*, March., 1932).
- POTVIN. — Un cas de sarcome de l'ovaire compliqué de grossesse (Soc. Belge d'Obst. et Gyn., 6 mars 1920; C. R. in *Gyn. et Obst.*, 1920, p. 374).
- PUECH, VANVERTS. — *Tumeurs de l'ovaire et grossesse* (Rapport Congrès, Lille, 1913).
- PUECH, VANVERTS. — Traitement des tumeurs de l'ovaire au cours de la grossesse (*Rev. Prat. d'Obst. et Gyn.*, 1914, p. 7).

- ROCHAT (R.-L.). — Volumineux carcinome de l'ovaire (seminome) avec grossesse à terme : traitement chirurgical suivi de radiothérapie : guérison et nouvelle grossesse normale (*Schweiz. med. Wchschr. Basel.*, 1925, vol. LV, 787).
- ROSSIER. — Ovarialtumor der mit. Extra utérin gravidität verwechselt war (*Jahresberichte*, 1916, v. XXX, p. 63).
- RUBESKA. — Beitrag zur Komplikation der Schwangerschaft u. Geburt mit ovarialgeschwulsten (*Monat. für Geb. und Gyn.*, v. II, f. 3, p. 184).
- RUNGE. — Schwangerschaft, Geburt und Wochersbett, Kompliziert durch Genital tumoren (*Berlin Klin. Woch.*, 1913, n° 37).
- SCHAUTA. — Ovarialtumor und Gravidität (*Wien Med. Woch.*, 1914, p. 141).
- SCHAUTA. — Beiderseitiges ovarialkarzinom während der Schwangerschaft (*Zent. für Gynäk.*, 1906, n° 25, p. 727).
- SCHRENK. — Tumeurs ovariennes et ovariectomie pendant la grossesse (*Med. Klin.*, 28, june 3, 1932, pp. 785-787).
- SCHWARZKOPF. — Carcinome de l'ovaire comme obstacle à l'accouchement (*Zent. für Gynäk.*, 54, 13 déc. 1930, pp. 3164-3165).
- SEMON. — Über Komplikation der Geburt mit ovarialtumoren (*Monat. für Geb. und Gyn.*, 1902, v. XVI, p. 275).
- SONNENFELD. — Ovarialtumoren u. Gravidität (*Dissert.*, Breslau, 1928).
- SPENCER (Herbert-B.). — Tumeur ovarienne compliquant la grossesse, l'accouchement et l'état puerpéral (*Brit. Méd. Journ.*, 14 mars 1925, n° 3350, p. 500).
- SPENCER (H.). — Tumeur ovarienne compliquant la grossesse, le travail et les suites de couches (*Lancet Lond.*, 1920, I, pp. 475-481).
- STAUDE. — Zur Komplikation von Schwangerschaft durch ovarialtumoren (*Monat. für Geb. und Gyn.*, v. II, f. 4, p. 257).
- STAECKEL. — *Handbuch der Gynékologie*, t. VII, p. 474-485, article de Kermauner (München, 1932).

- STRAUSS. — Carcinoma of the ovary after the menopausa associated with recurrence of uterine bleeding (*The Am. Journ. of Obst. and Gyn.*, v. XVII, 1929, p. 248).
- STÜBLER et BRANDES. — Zur Pathologie u. Klinik der Ovarialtumoren (*Wurzburg. Abth.*, 1924, v. XXI, p. 250-360).
- TIRELLI. — Su di una rara forma di tumore solido dell'ovaio causa di distocia (*Policlinico sezione Chir.*, 1929, n° 4, p. 2099).
- TULL. — Neoplasms interfering with pregnancy with report of cases (*The Am. Journ. Obst.*, v. XV, 2, p. 137).
- TUROLT. — Krukenberg tumor in der Schwangerschaft (*Zent. für Gynäk.*, 1923, v. XXXXVII, n°s 4849, pp. 1836-1843).
- VEY. — Zur Kasuistik der Ovarialtumoren als Komplikation von Schwangerschaft u. Geburt (*Klin. Woch.*, 1922, vol. I, n° 3, p. 119).
- VOIGT. — Fall von Kaiserschnitt nach Porro in der Schwangerschaft wegen malignen ovarialtumors nebst Beitrag zur Pathologie des Corpus luteum (*Arch. für Gyn.*, 1895, v. XLIX, p. 43).
- VOZZA. — Les tumeurs ovariennes et parovariennes dans leurs relations avec les diverses phases de la grossesse (*Ann. di Ostet. e Ginec.*, 54, 31 july 1932, pp. 889-1073).
- WAGNER. — Développement rapide des tumeurs malignes au cours de la gestation (*Monat. für Geb. und Gyn.*, mai 1930, vol. LXXXV, cahier 1).
- WALDSTEIN. — Castration précoce dans la grossesse (*Zbl. Gynäk.*, 1929, 1305 ; C. R. in *Gyn. et Obst.*, 1930, p. 175).
- WALTHER. — Ovariectomie au cours de la grossesse (*Gynäk. R. sch.*, 1909, 3, p. 302).
- WEISSWANGE. — Césarienne pour dystocie causée par double carcinome des ovaires (*Zent. für Gyn.*, 1908, v. XXXII, p. 250).
- ZICKEL. — Carcinome de l'ovaire et grossesse (*Zbl. Gynäk.*, Leipzig, 1907, XXXI, pp. 385-388).

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.	1
CHAPITRE PREMIER. — Considérations cliniques, diagnostiques, pronostiques sur les tumeurs ovariennes évoluant pendant l'état puerpéral.	5
CHAPITRE II. — Déductions thérapeutiques.	13
CHAPITRE III. — Inter-actions de la grossesse et des tumeurs malignes de l'ovaire.	35
CHAPITRE IV. — Deux observations inédites.	43
CONCLUSIONS	63
BIBLIOGRAPHIE	65

